RATOWNICTWO

ORGAN WARSZ. POGOTOWIA RATUNKOWEGO

№ 11

LISTOPAD

1929

ROK I.

Cena egz. 1 zł. 50 gr.

RATOWNICTWO

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY SPRAWOM RATOWNICTWA LEKARSKIEGO, POŻARNICZEGO, WODNEGO, GAZOWEGO, W RAZIE KLĘSK ŻYWIOŁOWYCH i t. p.

Warszawa, Kopernika 37, tel. 33-63. Konto w P.K.O. Nr. 14.661.

ORGAN WARSZAWSKIEGO POGOTOWIA RATUNKOWEGO

Rok I—1929. LISTOPAD. № 11.

TREŚĆ: *Dr Franciszek Białokur.* — Dr med. Władysław Stankiewicz a Pogotowie wojenno-lekarskie w powstaniu styczniowem 1863 roku. — *Dr Franciszek Obarski.* — Oparzenie i udzielenie pierwszej pomocy. — Bibljografja ratownicza. — Z kroniki wypadków. — Pokazy ratownictwa na P. W. K. (sprostowanie). — Organizacja Pogotowia Ratunkowego w Paryżu. — Pogotowie Ratunkowe m. Wilna. — Sprawozdanie z działalności Tow. Doraźnej Pomocy Lek. w Warszawie za m. wrzesień. — Kronika ratownicza.

Dr FRANCISZEK BIAŁOKUR

Dr med. Władysław Stankiewicz
a
Pogotowie wojenno-lekarskie
w powstaniu styczniowem 1863 roku.

W dniu 14 czerwca r. b. opuścił na zawsze szeregi zasłużonych Dr med. Wł. Stankiewicz, członek Komisji Lekarskiej Wydziału Wojny Rządu Narodowego, a właściwie organizator sanitarjatu i Naczelny Lekarz wojsk powstańczych w r. 1863.

Ś. p. Dr Stankiewicz był znany w Warszawie jako wybitny chirurg i działacz społeczny. Natomiast Jego najpotężniejsza i z młodzieńczą energją przeprowadzona praca naczelnego lekarza wojsk powstańczych ze zrozumiałych względów stała w cieniu; dopiero w Wolnej Polsce zaczęto ją wydobywać z zapomnienia i 2 lutego 1926 r. Dr Stankiewicz otrzymuje od ówczesnego Wojskowego Instytutu Sanitarnego odznakę Wojskowej Szkoły Sanitarnej za swoją ofiarną pracę w sanitarjacie powstania Styczniowego.

Postać ś. p. D-ra Stankiewicza, zawsze interesowała i pociągała mnie jako potężna indywidualność i bodaj że on był tym pierwszym, który poddał mi myśl skreślenia całokształtu służby zdrowia w powstaniu Styczniowem, która, jakeśmy się przekonali, pod przewodnictwem Jego dosięgła, jąk na owe czasy, wprost zdumiewających rezultatów.

Nie będę tu wspominał o zasługach Zmarłego na innych polach Jego pracy zawodowej. Uczynią to inni.

Skreślę tylko sylwetkę młodzieńca D-ra Stankiewicza i Jego pracę lekarza Pogotowia wojenno-lekarskiego w dziejach 1863 r.

W listopadzie 1862 r. ukończyło kurs medycyny Akademji w Warszawie 32 kandydatów, a w tej liczbie Wład. Stankiewicz. Młodzi lekarze, w oczekiwaniu powstania—nie wyjeżdżali z Warszawy, lecz przychodzili codzień do kliniki w szpitalu Dzieciątka Jezus na narady.

W początku lutego 1863 r. zgłosił się do D-ra Stankiewicza Naczelnik m. Warszawy Stefan Bobrowski dla porozumienia się z nim w sprawie pomocy lekarskiej dla powstańców, którzy zaczynali już napływać do szpitali, zwłaszcza prowincjonalnych.

Dr Stankiewicz oświadczył gotowość zajęcia się niezwłocznie tą sprawą i wkrótce ukonstytuowała się Komisja Lekarska przy Wydziale Wojny w składzie D-ra Stąnkiewicza, prof. Girsztowta i Feliksa Somera, która natychmiast przystąpiła do pracy. Przyjąwszy za zasadę unikanie wszelkiej pisaniny i nominacyj osobistych, Komisja żądała od lekarzy ustnego zobowiązania się do służby narodowej i posłuszeństwa w pełnieniu obowiązków.

Zasadniczą pracą *D-ra Stankiewicza* były ciągłe *wyjazdy do rannych*. Poza tem załatwiał sprawy z władzami, godził poważnionych lekarzy i brał najczynniejszy udział w pracach organizacyjnych w Warszawie, jako autor Instrukcji dla lekarzy wojewódzkich i powiatowych, niestety zaginionej.

W maju 1863 r. otrzymał Dr. Stankiewicz polecenie Rządu Narodowego udania się na objazd województw lewego brzegu Wisły dla porozumienia się z władzami cywilnemi i dowódcami oddziałów, co do ich działalności.

Na Kujawach w owym czasie rozwijało się powstanie i toczyły się krwawe bitwy. Taktyka D-ra Stankiewicza po przyjeździe na miejsce, gdzie się odbywała bitwa, polegała na tem, że na wstępie zbierał okolicznych lekarzy, przedstawiał się im jako członek komisji lekarskiej i chirurg i zapytywał „czy nie potrzebują jego pomocy".

Po takiem przemówieniu niezwłocznie zaczynała się solidarna praca, w stodole, w zajeździe, we dworze lub jakiem innem pomieszczeniu urządzano prowizoryczny szpital i salę operacyjną, pomagali felczerzy, opiekowały się chorymi panie, które zawczasu przygotowywały skubanki i bandaże. Dr Stankiewicz operował, a lekarze miejscowi asystowali. Po dokonaniu najcięższych operacyj Dr Stankiewicz pozostawiał operowanych na opiece miejscowych lekarzy, a sam jechał do innej miejscowości dla dokonania operacji w improwizowanych szpitalach polowych.

Postępując w ten sposób—operował Dr. Stankiewicz w Sompolnie, w Ignacewie, w Kramsku, w Kleczewie, Gosławicach, Kazimierzu, Grodzisku i w wielu innych miejscowościach. Następnie udaje się do Kalisza, tam organizuje pomoc lekarską i wyrusza do Piotrkowa, gdzie z D-rem Wygrzywalskim opracowuje plan organizacji sanitarnej w Piotrkowskiem.

Następnie jedzie wśród największych niebezpieczeństw do Kielc i Chmielnika, gdzie wciąż rozwija ożywioną działalność.

W powrotnej drodze, w Opoczyńskiem, w szpitalu w Drzewicy, operuje rannych, konferuje z D-rem Gosławskim i udaje się do Radomia, skąd przekrada się do Warszawy. Lecz niedługo tu pozostaje. Po świeżo stoczonych bitwach oddziałów Kononowicza i Dąbrowskiego znaczna liczba rannych znajdowała się w Grójcu i okolicach. Natychmiast udaje się Dr Stankiewicz wraz z kilkoma lekarzami w Grójeckie, tam w szpitalu powstańczym operuje licznych rannych. Potem operuje w Boglewicach i w Warce i organizuje w Grójeckiem służbę sanitarną.

W połowie czerwca Dr Stankiewicz z Girsztowtem i Kwaśnickim pojechał w Błońskie dla dokonania niezbędnych operacyj.

W końcu czerwca Rząd Narodowy wydelegował D-ra Stankiewicza do Kalisza celem pogodzenia powaśnionych lekarzy Rymarkiewicza i Stopierzyńskiego i zorganizowania służby zdrowia w Kaliskiem. W powrotnej drodze dokonywa przeglądu sanitarnego oddziału jazdy Taczanowskiego.

W lipcu wyrusza Dr Stankiewicz w okolice Pułtuska i Puszczy Myszynieckiej i operuje rannych w szpitalach powstańczych w Glinkach i Sadykierzu.

Na jesieni jedzie Dr Stankiewicz wraz z D-rem Karwowskim w Lubelskie, gdzie odbywają się krwawe bitwy. W Baranowie urządza szpital chirurgiczny w kilku domach. Po zoperowaniu rannych w tych szpitalach udaje się do Puław, Opola i Kraśnika.

W drodze do Kraśnika został Dr Stankiewicz aresztowany przez płk. Emanowa i jako jeniec był świadkiem bitwy pod Fajsławicami, która była dla nas prawdziwym pogromem. W czasie samej bitwy wyznaczono naszym lekarzom stanowisko przy sztabie głównym, gdzie Dr Stankiewicz urządził punkt opatrunkowy. Ta pomoc doraźna dobrze usposobiła do niego Emanowa, który puścił go wolno i przez to Dr Stankiewicz wraz z innymi lekarzami polakami mógł opatrzyć dziesiątki rannych po pogromie fajsławickim w domach i chałupach włościańskich.

Późną jesienią wyjechał Dr Stankiewicz w Sandomierskie, gdzie nastąpił szereg zaciętych walk Czachowskiego w okolicy Gór Świętokrzyskich. Tu w szpitalach w Górkach, a zwłaszcza w Klimontowie, Dr Stankiewicz przy pomocy D-rów Torańskiego z Opatowa i Matulewicza ze Staszowa badał, opatrywał i operował rannych. Zwiedziwszy wszystkie okoliczne szpitale w Kurozwękach, Koprzywnicy i inne w połowie listopada wrócił Dr Stankiewicz do Warszawy.

Po upadku powstania, wobec nieustannych aresztowań, ostrzeżony przez przyjaciół, Dr Stankiewicz musiał w styczniu 1864 roku wyjechać zagranicę.

Oto krótki zarys działalności ś. p. D-ra Władysława Stankiewicza, jako Naczelnego Lekarza Wojsk Powstańczych.

Cechą znamienną tej działalności była niespożyta energja, systematyczność, ciągły ruch, ciągła praca fachowa, nadzwyczajne zdolności organizacyjne, żadnych słów, narzekań, tylko dostosowanie się do warunków wojny partyzanckiej. Operuje i opatruje ś. p. Stankiewicz w każdem miejscu, z asystą i bez asysty, na wysuniętym punkcie opatrunkowym, w szpitalach polowych i ewakuacyjnych, które sam tworzy.

Do pracy ofiarnej zaprasza wszystkich kolegów z Warszawy i prowincji. Zachęca ich własnym przykładem. Nigdy nie występuje w roli zwierzchnika i przełożonego, tylko przyjeżdża „do pomocy". Zwiedził w ciągu roku wszystkie województwa Królestwa Polskiego, zaprojektował wielką ilość szpitali powstańczych, zorganizował służbę zdrowia w wielu powiatach i województwach, uzgodnił pracę wielu organizacyj. Mało mówił—nie pisał—tylko czynił, jak tego wymagała taktyka lekarza wojsk partyzanckich. I to jest największa zasługa ś. p. D-ra Stankiewicza, że wyczuł treść pracy lekarza wojsk partyzanckich; nie bawił się w tytuły i korespondencję, tylko czynem własnym służył przykładem dla innych i dlatego, chociaż bez dekretów, przez wszystkich w cichem, a głębokiem przekonaniu uznawany był za naczelnego lekarza wojsk powstańczych.

Dr Stankiewicz nie był Generalnym sztabs-lekarzem w stylu Kaczkowskiego, nie dosiadał konia, nie organizował zastępów brankadjerów—bo czasy były inne i wymagały innego ujęcia zadań sanitarjatu polskiego. Dr Stankiewicz odrazu wyczuł ducha wojny partyzanckiej i *odrazu zorganizował w Warszawie pogotowie wojenne lekarskie,* które podążało *do tych miejscowości, gdzie się toczyły najkrwawsze boje.*

Pogotowie to składało się z dobrych chirurgów i zaopatrzone było w niezbędne narzędzia do wykonywania wszelakich zabiegów chirurgicznych.

Dobrze uczynił komendant Warszawy, że zwrócił się do ś. p. D-ra Stankiewicza z propozycją zorganizowania służby zdrowia w wojskach narodowych w takiej mierze, o jakiej nie marzył sanitarjat z pod Solferino. Dr. Stankiewicz podniósł wysoko sztandar tradycyj naszego Sanitarjatu z roku 1831 i stał się ogniwem łączącym dawne tradycje nasze z czasami obecnymi.

Dr. F. OBARSKI.

Oparzenie i udzielenie pierwszej pomocy[1])

Oparzeniem nazywamy obrażenia, wywołane działaniem wysokiej ciepłoty w postaci płomienia lub roztopionego ciała stałego, rozgrzanego płynu, pary, lub gazu. Oparzenia mogą sprowadzić śmierć zależnie od stopnia swego nasilenia i od swej rozległości. Doświadczenie kliniczne pouczyło, że śmierć następuje niemal zawsze, gdy więcej, niż połowę ciała zajęło oparzenie, a po największej części, gdy objęło więcej, niż $1/3$ powierzchni ciała, w obu razach niezależnie od swego nasilenia (Wachholz).

Śmierć po oparzeniu może nastąpić zaraz, w kilku pierwszych godzinach, tak zwana śmierć wczesna, albo po upływie jednej doby lub więcej, śmierć późna, albo po upływie 2—3 tygodni, tak zwana śmierć następowa.

Najstarszą teorją, tłomaczącą zejście śmiertelne po oparzeniach, podał jeszcze w XVII wieku Fabry van Helden (w dziele „De ambustionibus" r. 1607), który sądził, że śmierć ta jest następstwem wstrząsu, wywołanego silnem zadrażnieniem nerwów czuciowych skóry, w następstwie którego nastaje zniesienie najważniejszych czynności życiowych. Teorja wstrząsu panowała do połowy XIX stulecia. W tym czasie dopiero Rust zachwiał tą teorją. Stosownie do objawów ze strony układu nerwowego, podobnych do objawów przy wstrząsie z osłupieniem (shok stupidus) i wstrząsie z podnieceniem (shok ereticus), rozróżniano i 2 postacie oparzenia (Olbrycht).

Według prof. Olbrychta teorje, usiłujące wytłomaczyć przyczynę śmierci, można ująć w 3 grupy. 1-a przyjmuje za przyczynę śmierci wstrząs, 2-a łączy śmierć w związek przyczynowy ze zmianami, zachodzącemi we krwi, 3-a tłomaczy ją śmiertelnem zatruciem. Nadto istnieją jeszcze teorje kombinowane w tych razach, kiedy naraz kilka szkodliwych czynników występuje.

Według Olbrychta teorje, tłomaczące przyczynę zejścia wstrząsem, powinny upaść. Od czasu doświadczeń Falka i Lessera, potwierdzonych przez Salvioliego, Silbermanna, Stockisa, Pfeiffera i innych, teorją wstrząsu nie można tłomaczyć zgonu.

[1]) Według odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu naukowem Zrzeszenia Lekarzy Pogotowia Ratunkowego w Warszawie w dniu 2.III. 29 r.

Falk oparzał zwierzęta narkotyzowane i przekonał się, że ból nie wywiera żadnego wpływu na występowanie poszczególnych objawów chorobowych. Lesser przecinał zwierzętom przed oparzeniem rdzeń i stwierdzał, że zwierzęta te ginęły tak, jak zwierzęta, którym rdzenia nie przecięto. Przeciw teorjom wstrząsu przemawiają takie fakty, jak wycięcie oparzonego miejsca ocala zwierzę od śmierci, przeszczepienie wyciętego płatu z miejsca oparzonego zdrowemu zwierzęciu zabija go.

A doświadczenie parabiotyczne Heydego i Vogta również za tem przemawiają. Jeżeli się połączy dwa zdrowe zwierzęta w ten czy inny sposób i po zagojeniu rany oparzy się jedno z nich, w takim razie ginie i drugie nieoparzone, nieraz wcześniej, niż zwierzę oparzone.

Jedne z teorji, przyjmujące za przyczynę śmierci oparzonych zmiany we krwi, przypisują, jako przyczynę śmierci, zagęszczenie krwi, wywołane znaczną utratą osocza krwi z miejsc oparzonych (Tappeiner, Baraduc).

Według drugich (Sonnenburg) przy oparzeniu następuje przegrzanie płynącej krwi, a tem samem całego ustroju i ten czynnik obok już odruchowego zadrażnienia, a potem porażenia ośrodków nerwowych, ma wywoływać zejście śmiertelne.

Inni badacze widzą przyczynę śmierci w zagładzie krwinek czerwonych. Badanie krwi chorych oparzonych (III stp.) stwierdzało, że pod wpływem ciepła czerwone ciałka mają ulegać hemolizie, przyczem uwolniona z nich hemoglobina ma przechodzić w methemoglobinę, złogi zaś rozpadłych krwinek, a także hemoglobiny mają zatykać naczynia nerkowe i wywoływać w ten sposób bezmocz i mocznicę (Schultze, Klebs, Lesser, Ponfik, Wertheim, Brouardel i inni).

Według innych badaczy (Welti, Silbermann, Salvioli) pod wpływem oparzenia mają powstawać zakrzepy w naczyniach najrozmaitszych narządów, przedewszystkiem w płucach, w nerkach, w przewodzie pokarmowym, mózgu, które to zmiany mają tłomaczyć nawet zejście śmiertelne.

Według Schlesingera przyczyną zgonu z powodu oparzenia nie może być zagęszczenie krwi. Prawidłowa gęstość krwi u człowieka D = 1035 do 1061. U oparzonych gęstość dochodzi do 1075. Jednak już po upływie 24 godzin zagęszczenie krwi wyrównywa się.

Doświadczenia Tappeinera, Lessera, Pfeiffera i innych wykazały, że pod wpływem oparzenia ciepłota zarówno w skórze, w tkance podskórnej, jak i w powierzchownych warstwach mięśni wzrasta ponad + 70° C, stosownie do grubości skóry.

Z doświadczeń Schultzego wynika, że ciepłota $+52^0$ C sprowadza rozpad krwinek czerwonych, we krwi stwierdza się obecność mikro- i poikilocytów, szczątki krwinek, a w surowicy krwi wolną hemoglobinę, która przechodzi do moczu. Ta hemoglobinemja i hemoglobinurja jest następstwem działania wysokiej ciepłoty, a nie jadu.

Utrata krwinek i związane z nią upośledzenie procesów utleniania nie są przyczynaı i śmierci, bo wiadomo, że zwierzęta znoszą bez szkody dla życi utratę połowy, a nawet większej ilości krwi. Olbrycht podaje, że tylko 2% krwinek ginie.

11-letnie doświadczenie prof. Olbrychta mówi, że w przypadkach śmierci od oparzenia znajdował na stole sekcyjnym krew prawie zawsze płynną, co najwyżej wiotkie skrzepy krwi w sercu, zwłaszcza w uszku prawem i w zatokach żylnych czaszki. W przypadkach bardzo wczesnej śmierci niekiedy krew jest gęsta, mazista.

Stwierdzane zatem przez niektórych autorów (Klebs, Welti, Silbermann) w ich doświadczeniach wytwarzanie się zakrzepów należy odnieść do techniki doświadczeń, daleko odbiegających od zwykłych warunków, istniejących przy oparzeniu ludzi. Np. Salvioli przypalał kończyny zwierząt nad palnikiem gazowym aż do ich zwęglenia. W tym razie mogło dojść do wytworzenia się zakrzepów i zatorów. Badania Popielskiego i jego szkoły wykazały, że przy uszkodzeniu krwinek wogóle, a zatem i przy hemolizie wywołanej przez ciepło, przez dodatek wody lub nawet przez wstrząsanie zawiesiny krwinek, wytwarza się trujące ciało, nazwane przez niego wasodylatyną, którego działanie objawia się obniżeniem ciśnienia krwi i ciepłoty, zmniejszeniem krzepliwości krwi i t. d. objawami, jak przy oparzeniu. I te zmiany szybko znikają i decydującego znaczenia, jako przyczyny zgonu, przypisywać im nie można.

Trzecią grupę teorji, tłomaczących przyczynę śmierci z oparzenia, stanowią teorje intoksykacyjne. Myślano, że skutkiem zniszczenia przez oparzenie znacznych obszarów powłok skórnych odpada ważna czynność respiracyjna skóry, wskutek czego nagromadzają się jady, które wreszcie sprowadzają śmierć (teorja retencyjna Edenbuizena). Teorję tę ostatecznie obalił Wertheim, który przekonał się, że przez wczesne wycięcie spalonych miejsc w powłokach udaje się utrzymać zwierzęta przy życiu.

Mimo teorji retencyjnej starano się wykryć jad, który wywołuje objawy otrucia (stany podniecenia, drgawki, ziewanie, odbija-

nie, wymioty, majaczenie, gorączkę, przyśpieszenie tętna i oddychania i t. d.).

Catiano wyraził przypuszczenie, że jad tworzy się w miejscu oparzenia i uważał ten jad za kwas pruski.

Foa utożsamiał jad z fibrinogenem.

Schjerning sądził, że przy rozpadzie krwinek uwalniają się sole potasowe, które sprowadzają zatrucie organizmu.

Reiss, opierając się na swoich badaniach, tłomaczy śmierć z oparzenia zatruciem zasadami pirydynowemi.

Lustgarten, Kijanizin, Parascandolo i inni wyosobnili z narządów lub moczu oparzonych ciała trujące o własnościach i fizjologicznem działaniu, podobnem do działania różnych ptomain.

Spiegler i Fränkel wykryli ciała trujące, dające odczyny peptonów. W 1913 roku Heyde i Vogt ogłosili wyniki swoich kilkuletnich badań nad aseptycznem rozkładem tkanek (złamania, zmiażdżenia, oparzenia). Stosowali oni metodę Sauerbrucha-Heydego, przy tem u zwierząt żyjących w parabiozie w moczu znajdowali w wielkiej ilości produkt rozpadu białka—metylguanidynę. Ta ostatnia u zwierząt oparzonych ma wywoływać takież same objawy chorobowe, jak przy wstrząsie anafilaktycznym.

Według Olbrychta wszystkie te teorje intoksykacyjne nie są w stanie tłomaczyć śmierci z oparzenia. Nie jest przyczyną śmierci mocznica wskutek niedomogi nerek, wątpliwą jest rzeczą, czy według Heydego i Vogta można zaliczyć oparzenia do zjawisk anafilaksji, czy przypisać śmierć metylguanidynie, czy też innym ciałom.

Jednak według Olbrychta teorje tłomaczące śmierć z oparzenia zatruciem produktami rozkładu białka przemawiają ze wszystkich intoksykacyjnych najbardziej do przekonania.

W ostatnich czasach zwrócono uwagę na zmiany w nadnerczach w związku z oparzeniem, a tem samem mogące tłomaczyć przyczynę zejścia śmiertelnie oparzonych.

Churton w roku 1886 zauważył w przypadku ciężkiego oparzenia chłopca obustronne krwotoki w nadnerczach.

W 1900 roku Arnaud zrobił podobneż spostrzeżenie.

W 1904-ym Moschini w pracy doświadczalnej nad wpływem czynników termicznych na układ chromochłonny znajdował znaczne rozszerzenia nączyń krwionośnych w korze nadnerczy nawet w tych razach, kiedy śmierć zwierzęcia nastąpiła po upływie kilku godzin po oparzeniu. Jeżeli zaś między oparzeniem i śmiercią upłynęło kilkadziesiąt godzin, rozszerzenie naczyń było niezwykle silne, a bardzo często występowały krwotoki i obumarcie komórek.

W 1909 roku Hornowski ogłosił pracę doświadczalną nad wpływem czynników termicznych na układ chromochłonny, wykonaną na królikach, umieszczonych w skrzynkach przy rozmaitych ciepłotach. Wnioski Hornowskiego są następujące:

1) Przy oparzeniu nie występuje osłabienie działalności układu chromochłonnego, lecz przeciwnie układ ten, zdaje się, wykazywać wzmożoną wytwórczość, zależną od wytwarzania się jakichś ciał, krążących w surowicy krwi, a nie od wpływu samej temperatury. 2) Gdyż wyższa ponad ciepłotę ciała temperatura wpływa na zwiększenie zapotrzebowania istoty tonizującej, której wytwórcą jest układ chromochłonny, a tem samem szybciej ten układ wyczerpuje. 3) Temperatura nie przewyższająca ciepłoty ciała, zdaje się tylko nieznacznie wpływać na układ chromochłonny zwierzęcia zdrowego. Chociaż zasługa zbadania nadnerczy ludzkich po oparzeniu przypada Hornowskiemu, pracę jego, jako ogłoszoną po polsku, przeoczono, a w nowych podręcznikach Kolisce przypisano zasługę zwrócenia uwagi na nadnercza przy oparzeniach. Na podstawie zmian stwierdzonych w nadnerczach podał Kolisko nową teorję, według której przyczyną zejścia śmiertelnego w przypadkach śmierci z oparzenia, a zwłaszcza śmierci późnej, jest brak działania nadnerczy.

Dalsze badania Lattesa, Lukscha i Nakaty potwierdzają badania Koliski.

Prof. Olbrycht przeprowadził liczne badania zwłok oparzonych i na podstawie wyników sekcyjnych doszedł do wniosków, że w mikroskopowym obrazie anatomicznym pierwotnej śmierci z oparzenia poza typowemi, a ogólnie znanemi zmianami oparzelinowemi w miejscu działania wysokiej ciepłoty na ustrój, nie stwierdza się wybitniejszych zmian chorobowych w żadnych innych narządach, jak w nadnerczach. Z innych zmian stwierdza się w przypadkach wczesnej śmierci z oparzenia wyraźne, często bardzo silne przekrwienie wszystkich narządów, a zwłaszcza narządów jamy brzusznej, przekrwienie opon mózgowych, czasem z obfitem nagromadzeniem się wodojasnego płynu pod pajęczynówką, tudzież obrzęk mózgu; krew wszędzie jest płynna. W przypadkach bardzo rozległych oparzeń lub zwęglenia zwłok krew jest czasem gęsta, mazista. Jeżeli między śmiercią i oparzeniem upłynęło kilkanaście godzin, wtedy mamy miąższowe zwyrodnienie serca, wątroby i nerek. Czasem stwierdza się dosyć liczne wybroczyny pod błonami surowiczemi, zwłaszcza pod opłucną. Natomiast wybroczyn i owrzodzeń w żołądku i 12-cy, podawanych w podręcznikach, Olbrycht nie stwierdzał.

Nadnercza makroskopowo rzadko się zmieniają. Najczęściej jeszcze uderza silne przekrwienie ich, co się znamionuje powiększeniem gruczołów, ich soczystością, ciemnobrunatnem zabarwieniem substancji rdzeniastej; ciężar ich zwiększa się. Zmiany drobnowidowe nadnerczy polegają na przekrwieniu jak substancji rdzeniastej, tak i korowej, zaznaczają się wybroczynami i krwiakami do wielkości dużego grochu, naciekami krwawemi między komórkami gruczołu.

Na podstawie obserwacji i badań na zwierzętach Olbrycht między innemi dochodzi do następujących wniosków:

Wczesna śmierć z oparzenia (w pierwszych godzinach po oparzeniu) następuje z różnych przyczyn. Na pierwszy plan wysuwa się czynnik toksyczny, za dalsze uważa się wstrząs nerwowy, rozpad krwinek, hemolizę termiczną i utratę znaczniejszej ilości osocza krwi.

Śmierć późna z oparzenia występuje wyłącznie wskutek zatrucia ustroju jadowitemi produktami białka ustrojowego, które najsilniej działają na nadnercza.

Z powyższych badań autor ten wysnuwa wniosek co do leczenia oparzeń: jaknajwcześniej wycinanie części oparzonych, wzmożenie diurezy przez wlewanie fizjologicznego rozczynu soli kuchennej i stosowania adrenaliny.

Szylling-Siengalewicz w swoich badaniach doszedł do takich wniosków, jak i Olbrycht. Przytacza przykład dwojga dzieci 3 i 5-io miesięcznych, które zostały ułożone przez wychowawczynie na płycie kuchennej, żeby się ogrzały. Dzieci zmarły z powodu oparzeń. Sekcja wykazała, że pierwsze dziecko zmarło z powodu zapalenia płuc, oparzenia zaś były nieznaczne, drugie zmarłe dziecko miało również niewielkie oparzenie, natomiast wielkie zmiany stwierdzono w nadnerczach - wielkie krwotoki w każdym z nich zniszczyły prawie zupełnie substancję rdzeniastą.

Według badań Zumbuscha, Weidenfelda, Pfeiffera rozległość oparzenia ma duże znaczenie do wagi ciała np. noworodek posiada w porównaniu do 1 klg. ciała prawie 3 razy tak wielki narząd skórny, jak u dorosłego. Oparzenie $^1/_4$ powierzchni ciała u dziecka musi wywołać o wiele cięższe następstwa, niż u dorosłego. $^1/_2$ roczne dziecko waży 7 klg., powierzchnia jego ciało wynosi 4381 $ctm.^2$, na kilo wagi przypada 626 $ctm.^2$ powierzchni ciała, podczas, gdy na kilo wagi ciała mężczyzny 25-letniego, ważącego 62,9 klg. i mającego 18936 ctm^2. powierzchni, przypada 301 $ctm.^2$

Rokowanie w przypadkach oparzeń przedewszystkiem zależy od rozległości powierzchni oparzenia, potem od stopnia uszkodzenia.

Zumbuch i Weidefeld podają 2 tabliczki, służące do określania czasu trwania choroby do śmierci, stosownie do uszkodzonej powierzchni ciała i do oceniania w % oparzonej powierzchni ciała.

TABLICA I.

Przy oparzeniu całej powierzchni ciała śmierć następuje w czasie do 7-iu godzin.

Przy oparzeniu więcej, jak	1/2	powierzchni ciała śmierć następuje do	13 1/2	godz.
" " " "	1/3	" " " " "	29	"
" " " "	1/4	" " " " "	43	"
" " " "	1/5	" " " " "	64	"
" " " "	1/6	" " " " "	64	"
" " " "	1/7	" " " " "	90	"

W ogólności można powiedzieć, że przy oparzeniu 10% powierzchni ciała trzeba się liczyć z możliwością nieszczęśliwego zejścia, przy 20% uważać trzeba, jako ciężkie oparzenie.

TABLICA II.

Na głowę	przypada	5%	całej powierzchni ciała.	
" twarz	"	2%	" " "	
" szyję	"	2%	" " "	
" rękę	"	10%	" " "	(w tem 2% na kiść ręki)
" korpus	"	25%	" " "	
" okolice siedzeniowe i uda		12 1/2%	całej powierzchni ciała	
" podudzie	przypada	7 1/2%	całej powierzchni ciała	
" stopę	"	3%	" " "	

Często lekarze przy ocenie oparzenia popełniają ten błąd, że niewłaściwie oceniają stopień oparzenia np. oparzenie 3-go stopnia w kilka godzin po wypadku wygląda, jak 2-go (często podstawa pęcherzy bywa nekrotyzowana). Białawe zabarwienie zawsze jest podejrzane co do oparzenia 3-go stopnia. Trzeba w takim razie zbadać czucie i, jeżeli go niema, trzeba przyjąć, że mamy do czynienia z oparzeniem 3-go stopnia. Oparzenia 3-go stopnia sprawiają mniejszy ból, niż 2-go stopnia.

W Austrji leczenie oparzeń należy do dermatologów, w Niemczech oparzenia leczą chirurdzy. Z powodu oparzeń wiele ludzi umiera. Według Packa, który zebrał bardzo obfity materjał w Ameryce, na 100,000 osób spotyka się od 6 do 9 śmiertelnych przypadków oparzeń i według statystyki wypadków oparzenie zajmuje w tej rubryce 4-e miejsce (auto, skok z wysokości, topienie się).

Spostrzerzenia i badania Churtona, Arnaud'a, Moschiniego, Hornowskiego, Schillinga-Siengalewicza, Koliska, Olbrychta i innych sprawiły, że adrenalinę wprowadzono do leczenia oparzeń.

Jednym z pierwszych, który zastosował ją w leczeniu przypadków oparzeń, był Douglas[1]).

Według tego autora adrenalina posiada wybitne właściwości bakterjobójcze i antyseptyczne; w całym szeregu doświadczeń porównawczych in vitro dowiódł, że działa zabójczo na paciorkowce w ogólności, a szczególnie na paciorkowca hemolizującego, na gronkowca, na prątki ropy błękitnej, na pałeczkę okrężnicy, na prątki durowe.

Dalej dobroczynny wpływ adrenaliny na rany z oparzenia zależy głównie od jej własności zwężania naczyń, dzięki czemu wywiera nadzwyczaj dodatni wpływ na gojenie się ran z oparzenia. Adrenalinę stosuje się w okładach, w odpowiednich rozczynach (1 : 2000 — 1 : 10,000) nawet na rozległe rany, jest ona bowiem zupełnie nieszkodliwa. Należy tylko zwracać uwagę na to, żeby stosować rozczyny bardzo rozcieńczone. Pod wpływem okładów z adrenaliny rany goją się szybko. Douglas stwierdził doświadczalnie na królikach, że leczone adrenaliną powracały do zdrowia, podczas gdy kontrolne ginęły.

W zakażeniach adrenalina działa miejscowo, stwarzając warunki niesprzyjające rozmnażaniu się drobnoustrojów, przenikaniu ich w głąb, wchłanianiu produktów ich działalności.

Na podstawie badań i bardzo pomyślnych wyników u ludzi i doświadczeń na zwierzętach, stosując przy oparzeniach adrenalinę, Douglas nie stwierdzał objawów otrucia, jak również gorączki. Autor ten zwraca uwagę na tę okoliczność, żeby nie przerywać stosowania adrenaliny nagle, gdyż raptowne zaprzestanie stosowania jej może wywołać zaburzenia miejscowe (przekrwienie).

Tenenbaum ogłosił przypadek wyleczenia adrenaliną ciężkiego oparzenia. Chodziło o robotnika, który wpadł do kadzi z wrzącą wodą. Autor widział chorego dopiero po upływie kilku dni; chory nieprzytomny, z C^0 39^0 i rozległemi powierzchniami oparzenia. Leczenie adrenaliną podług Haberlina t. j. adrenalina w ilości 0,1 — 2,0 (1 : 1000) z kamforą co 2 godziny podskórnie, na rany zaś maść borna.

Silka, stosując adrenalinę, jako adrenasol, w kilku przypadkach otrzymał pomyślne wyniki. Podług tego autora przypadki oparzeń o charakterze poważniejszym należy leczyć podług zasad chirurgji.

Naczelnym hasłem leczenia oparzeń jest przedewszystkiem zabezpieczenie ustroju od wtargnięcia zarazków przez rozwarte

---

[1]) Metod i leków, stosowanych przy oparzeniach, jest bardzo wiele, dla braku miejsca niżej przytaczam tylko niektóre.

powierzchnie oparzeń. Nie jest to łatwe do wykonania, gdyż pierwsza pomoc, najczęściej nieumiejętnie udzielona, wprowadza zarazki już odrazu na powierzchnie oparzeń. Stosowanie zaś środków antyseptycznych byłoby nie tylko bez celu, a nawet szkodliwe wobec przeważnie przyżegających własności.

Ponieważ przy oparzeniach, cała krew, jak i osocze, ubożeje w chlorki, dla tego też Dawidson zaleca zastrzykiwania roztworu soli kuchennej. W czasie spadku chlorków ciepłota i tętno wykazuje wahania; ciepłota jest wtedy najwyższa, tętno najbardziej przyśpieszone.

Zgodnie z tem, co powiedział Olbrycht, Murat Willis w 7-iu przypadkach, gdzie zastosował usunięcie części zniszczonych, stwierdził szybkie ustanie bólów, spadek ciepłoty, poprawę stanu ogólnego. W doświadczeniach na zwierzętach autor ten stwierdził, że rozległe oparzenia dawały spadek ciśnienia krwi, zwiększenie się azotu we krwi, zmiany w nerkach, w kiszkach i nadnerczach. Szybkie wycięcie oparzonych części wywołało zniknięcie wspomnianych objawów.

Również inny autor, Schreiner, w przypadkach oparzeń zaleca postępowanie po myśli Olbrychta Zaraz po oparzeniu należy przystąpić do wlewania NaCl z dodaniem $1/2$ do 1 mlg. adrenaliny co drugi dzień (po 500 ctm.). Później naparstnicę i theobrominę podskórnie lub do żyły, jedzenie płynne, niedrażniące. Opatrunek nie zmieniać zaraz, żeby nie wywoływać bez potrzeby bólów. Na podstawie swoich badań ostrzega przed stosowaniem morfiny. Riehl, uważając, że ciężki stan po oparzeniu zależy od wessania produktów rozpadu białka, zaleca wielkie infuzje soli 3—4 litry dziennie i usuwanie części oparzonych. Według tegoż autora pożyteczną jest rzeczą wykonywanie upustów krwi z następnem przetaczaniem zdrowej krwi. W ten sposób udało się utrzymać przy życiu 30-to letnią kobietę z 43% oparzonej powierzchni ciała w tem 33% III stopnia, podczas, gdy według naszych obecnych pojęć 25% powierzchni oparzonej III° wywołuje śmierć. Kobieta ta w ciągu 11 dni otrzymała 3 transfuzje à 300 — 500 ctm. krwi. Prognozę ciężkich oparzeń autor ten opiera na tabliczce, podanej według Zumbuscha. Zalecana według innych kąpiel wodna, trwająca całemi godzinami, rokowania poprawić nie może, natomiast wpływa łagodząco na bóle.

Amerykańscy autorzy (Brancroft, Rogers, Beck, Powers) zalecają w przypadkach oparzenia stosowanie okładów z 2 i pół do 5% taniny (kwasu garbnikowego). Działają one łagodząco na bóle, przyśpieszają gojenie. Aseptyka jest potrzebna, ponieważ

kwas garbnikowy jest mało aseptyczny. Na zdrową skórę kwas garbnikowy nie działa. Miejsca oparzenia po zastosowaniu taniny są brunatne. Dalsze leczenie za pomocą ciepłego powietrza lub obojętnemi maściami. Bielizna mało ulega zabrudzeniu i plamy można wyprać. Według tych autorów leczenie oparzeń za pomocą kwasu garbnikowego winno być zastosowane w przypadkach udzielenia pierwszej pomocy. Najlepiej mieć proszek i przygotować rozczyn na poczekaniu (2 łyżeczki na szklankę wody).

Salzer uważa. że w pierwszych dniach po oparzeniu śmierć może nastąpić z powodu wstrząsu. Shok zwalcza się za pomocą środków przeciwbólowych i kojących, przez zastosowanie cukru przez usta, podskórnie, dożylnie i do kiszki. Wessanie produktów rozpadu białka zabezpiecza się przez okłady z kwasu garbnikowego. W lekkiej narkozie otwiera się pęcherze i usuwa ich zawartość, poczem całą okolicę pokrywa się okładami i zwilża się je 2—5% rozczynem taniny, co 2—3 godziny powtarzając ten zabieg. W ten sposób po upływie 24—36 godzin cała oparzona okolica pokryta jest skorupą z taniny. Wtedy okład się zdejmuje i pokrywa się powierzchnię oparzoną sterylizowaną chustką. W ciągu 2—3 tygodni skorupa schodzi. Narastanie naskórka odbywa się szybko. Po zejściu strupa potrzebny jest opatrunek. Dodatnie cechy tej metody są następujące: zabezpieczenie ustroju od wessania się jadów, szybkie ustępowanie bólów i brak potrzeby zmiany bolesnych opatrunków.

Floresco bardzo gorąco zaleca stosowanie roztworu kwasu garbnikowego w przypadkach oparzeń. Zaletami tego sposobu leczenia są: zupełny brak bólów od samego początku, brak objawów ogólnego otrucia; znaczne zmniejszenie niebezpieczeństwa wtórnego zakażenia i wreszcie ładna i niewielka blizna.

Kumer przy oparzeniach radzi postępować w sposób następujący: na powierzchnię oparzoną na gazie kładzie „brandlinimentum", w skład którego wchodzą: thymolu 1 grm., wody wapiennej i oleju lnianego ca 100,0 i na ten opatrunek kładzie jeszcze okład z płynu Bourow'a. Ponieważ przy oparzeniach chodzi i o otrucie, rozcieńcza się jady za pomocą fizjologicznego rozczynu NaCl dożylnie lub w kroplówce, lub też wykonywa się przetaczanie krwi.

W pewnych razach (III stopień oparzenia) chorzy muszą zgodzić się na odpowiedni zabieg (np. odjęcie kończyny).

Według Rostocka leczenie oparzeń zmierza do 3-ch celów, a mianowicie do zwalczania bólów, do miejscowego leczenia oparzeń i do walki z ogólnem otruciem. W lżejszych przypadkach oparzeń I i II stopnia do uśmierzania bólów radzi ten autor sto-

sować veramon, veronal i t. p. W ciężkich przypadkach bez morfiny obejść się nie można, aczkolwiek ze względu na osłabienie serca morfina tem bardziej mu szkodzi. Jednakowoż względy natury humanitarnej w tych razach, kiedy wyniku śmiertelnego nieda się odwrócić (oparzenie połowy ciała) morfinę trzeba zastosować.

W wielu razach morfina źle działa, wtedy można zastosować pewniej działający chloralhydrat sam lub w połączeniu z nalewką makowca. W bardzo ciężkich przypadkach maksymalne dawki tych leków bez obawy można przekroczyć.

Do miejscowego leczenia oparzeń I-go stopnia autor ten zaleca puder lub maści obojętne, wilgotne okłady nie są celowe, gdyż macerują skórę. Przy oparzeniach III-go stopnia stosuje suche opatrunki.

Lexer wprowadził do leczenia oparzeń sterylizowane listki stanjoli, które mają działać dezynfekująco i łagodząco na bóle.

We Francji i w Ameryce przy oparzeniach stosują parafinę. Na powierzchnię oparzoną rozpyla się parafinę za pomocą specjalnego aparatu. Duże pęcherze nacina się, skórę usuwa się, brzegi rany oczyszcza się i wtedy rozpyla się parafinę. Cała powierzchnia przyranna wygląda, jak pokryta śniegiem. Następnie pokrywa się tę powierzchnię gazą, na którą znowu rozpyla się parafinę. Zalety tej metody są następujące: zupełna aseptyka, gaza nie przykleja się do rany, zdjęcie opatrunku nie sprawia bólu, rany goją się prędko. (Rebaudi).

Paravicini stosuje rozpylanie płynnej parafiny 3—5 razy dziennie. Pacjent leży na sterylizowanem prześcieradle pod lampą łukową o niebieskiem świetle przy 37° C. Pozatem rany nie są opatrzone. Tkankę nekrotyczną usuwa się.

W Ameryce przy oparzeniach stosowany jest też kwas pikrynowy w rozczynie alkoholowym, wywołuje on jednak ciężkie zaburzenia żołądkowo-kiszkowe i podrażnienie nerwowe (Müller).

Regnier stosuje w takich przypadkach 9% wodę chloroformową.

Bambergero oświadcza, że przy oparzeniach dobrze jest stosować rozczyn sody.

O działaniu jej mówi Schudel z Wiednia w ten sposób, że jako studenci chemji często parzyli sobie skórę, wobec czego stosowali to, co mieli pod ręką, a mianowicie rozczyn sody, dzięki jej na miejscach oparzonych nie powstawały pęcherze.

Frattin zaleca następujące leczenie oparzeń: miejsca oparzone należy obmyć wodą z mydłem, pęcherze otworzyć, naskórek ściąć, następnie opłukać jałową wodą ze solą i całą powierzchnię

opatrzyć suchymi kompresami w ten sposób, żeby uszkodzona np. kończyna była zupełnie unieruchomiana. Po 8—10 dniach usuwa się kompres po uprzedniem zwilżeniu go wodą ze solą. Bóle i gorączka mają przy tem leczeniu natychmiast ustępować.

Breitman przy oparzeniach I i II stopnia stosuje alkohol w postaci okładów i kąpieli. Działanie polega na swoistej własności wysuszania. W oparzeniach III° alkohol sprawia ból i dla tego nie należy go stosować.

Według prof. Krzyształowicza pod wpływem oparzenia występują w skórze stany zapalne od rumienia do martwicy. Opanowanie tego stanu przekrwienia w chirurgicznych okresach oparzeń byłoby głównem zadaniem obok naczelnego hasła zachowania aseptycznej toalety oparzenia.

Weisenberg przy oparzeniach II i III-go stopnia postępuje w ten sposób, że na miejsce uszkodzone kładzie zwykłą gazę, na bardziej uszkodzone gazę trypaflawinową. Gojenie odbywało się szybciej, już po 6-ciu dniach miejsca uszkodzone goiły się, podczas gdy inne dopiero po 14-tu.

Harrtung widzi w każdem oparzeniu świeżą niezainfekowaną ranę i usiłuje ją zabezpieczyć przed zakażeniem. Skórę jodynuje, usuwa zniszczone części naskórka, otwiera pęcherze i nakłada opatrunek sterylizowany. Stosuje przy tem gazę jodoformową, która według niego łagodzi bóle. Opatrunek ten leży 8—10 dni. W ten sposób leczy oparzenia I i II stopnia.

Bardeleben stosuje specjalne opaski bizmutowe. Ostrzega przed używaniem jodoformu, który przy dużych powierzchniach może przynieść dużo krzywdy.

Heyde, wychodząc z tego założenia, że ciałem trującem w przypadkach oparzenia jest metylguanidyna, radzi stosować $CaCl_2$ i atropinę.

(*Dokończenie nastąpi w n-rze 12/29*).

BIBLJOGRAFJA RATOWNICZA.

Dr. A. Piotrowski. Kilka słów w sprawie wypadków samochodowych. Warsz. Cz. Lek. 1928 № 27—28. Praca pochodzi z Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego, kierownik prof. W. Grzywo-Dąbrowski).

Od kwietnia 1925 r. ruch dorożek samochodowych w Warszawie znacznie się wzmógł i ilość wypadków samochodowyc również znacznie wzrosła. Liczba osób przejechanych z wynikiem śmiertelnym wynosi około 6,15% liczby wszystkich przejechań w latach 1921—1927. Faktyczny jednak odsetek zmarłych wskutek przejechań jest większy, gdyż nie wszystkie wypadki samochodowe trafiły do Zakładu Medycyny Sądowej. Przyczyną zgonu najczęściej było uszkodzenie narządów znajdujących się w jednej z jam ciała. Najczęściej była uszkodzona jama czaszkowa — 61 razy. — Przyczyną wypadku samochodowego jest zazwyczaj kierowca samochodu, a w Warszawie, wina w dość znacznej mierze leży i po stronie samej publiczności. Opinja publiczna widzi przyczynę przejechań w szybkiej jeździe samochodów. By wyjaśnić to zjawisko, należy badać każdy wypadek. Zdaniem autora, zmiany patologiczne, zaobserwowane na sekcjach osób zmarłych z powodu przejechania, mogły pośrednio stać się przyczyną wypadku samochodowego. I w praktyce Pogotowia Ratunkowego często sami poszkodowani zaznaczają, że wypadek samochodowy zdarzył się z ich winy.

W „Kronice Warszawy" № 6. z 1928 r. Dr. St. Śledziewski umieścił obszerny komunikat o wypadkach przejechań na ulicach Warszawy, zarejestrowanych przez Warszawskie Pogotowie Ratunkowe. W r. 1927 na 1049 przejechań (w tem 621 samochodowych) śmierć stwierdzono na miejscu w 15 wypadkach, 61 osób w stanie ciężkim odwieziono do szpitali i z tej ilości koło 2% zmarło w szpitalu.

Prof. E. Joseph. Praktyczne leczenie zatrzymania moczu. D. m. Woch. 1927 № 42.

Dwa rodzaje przyczyn: nerwowe i mechaniczne. Jako nerwowe — najczęściej tabes, rzadziej myelitis. W wiądzie rdzenia chory nie odczuwa bólu w zatrzymaniu moczu. Zastrzykiwanie pilokarpiny celem pobudzenia skurczów pęcherza moczowego (ampułki z pilokarpiną w kuferkach P. R.). Wprowadzanie zgłębnika. W zatrzymaniu moczu mechanicznego pochodzenia— kateter, ew. przebicie pęcherza nad spojeniem łonowem trójgrańcem. W wypadkach pozornego zatrzymania moczu i pęknięcia pęcherza moczowego (upadek lub uderzenie u pijaków) — brak stłumienia nad pęcherzem moczowym —jaknajszybszy transport do szpitala celem dokonania operacji.

Dr. Tobiczek i Dr. Kwaśniewski Kilka uwag o wpływie warunków atmosferycznych na samobójstwa. Czasopismo Sądowo-Lekarskie, 1926.

Wśród czynników meteorologicznych tylko niskie ciśnienie wydaje się mieć wpływ na przyrost samobójstw dla wszystkich grup wieku. Na okres niskiego ciśnienia (z niską wilgotnością) przypada największa liczba samobójstw. Biorąc pod uwagę czasokresy większe w zestawieniach miesięcznych, zgodnie z Dr. Pallierem (b. lek. P. R.) stwierdza się, że pewna współzależność temperatury, ciśnienia i liczby samobójstw, jakkolwiek mało uchwytna, da się jednak zauważyć.

Dr. Józef Zawadzki. O pierwszym opatrunku i o opatrywaniu ran. Warszawa, 1914.

F. B.

Z KRONIKI WYPADKÓW.

Wypadki uliczne w Pradze.

W sprawie bezpieczeństwa ruchu ulicznego w Pradze ogłoszono następującą krótką statystykę:

W pierwszej połowie r. b. na ulicach Pragi były 4.443 wypadki komunikacyjne. Z liczby tej przypada na samochody osobowe 1.748, na samochody ciężarowe 860, na motocykle 447, na tramwaje 891, na pojazdy konne 343, na inne wehikuły 154. Przy wypadkach tych uległo poranieniom ciężkim 267 osób, lekkim 1.436; 16 wypadków skończyło się śmiercią.

Według śledztwa, w 2.468 wypadkach winę ponosił kierujący pojazdem, w 1.351 winę ponosili przechodnie, w 487 wypadkach przyczyny nie można było ustalić, zaś w 137 wypadkach ustalono siłę wyższą.

Ze statystyki tej wynika, że w Pradze dziennie bywa 25 wypadków ulicznych.

Katastrofa autobusowa.

Na szosie pod osadą Stare Miasto, w pow. konińskim, wydarzyła się katastrofa samochodowa.

Autobus pasażerski, jadący z Tuliszkowa do Konina, wskutek pęknięcia widełek, łączących przednie koła z kierownicą, wpadł do głębokiego rowu przydrożnego.

Auto uległo kompletnemu strzaskaniu.

Kilkunastu pasażerów odniosło poważne rany. Odwieziono ich do szpitala miejskiego w Koninie. Dziesięciu pasażerów odniosło lekkie obrażenia. Szofer wyszedł bez szwanku.

Statystyka wypadków od pioruna.

W r. b. z powodu upalnego lata, przechodziły często przez miejscowości województwa wołyńskiego burze z piorunami. Ogółem w tym okresie zanotowano 30 wypadków śmierci od pioruna, kilkanaście cięższych porażeń oraz ponad 100 pożarów. Podobnej statystyki, spowodowanej żywiołem nie pamiętają najstarsi mieszkańcy województwa wołyńskiego.

Nieszkodliwy skok z 4-go piętra.

W chwili aresztowania przez policję znanego złodzieja warszawskiego M. Rudnickiego zamieszkałego przy ul. Leszczyńskiej 18 w Warszawie, przerażony opryszek wyskoczył z IV piętra na podwórze.

Świadkowie tego tragicznego kroku zbiegli przerażeni na dół, przekonani, że desperat jest już zmasakrowany. Okazało się tymczasem, że Rudnicki upadł na dach komórek, pokryty papą smołowcową, przebił zbutwiałe deseczki i wpadł w jakieś śmieci domowe, nie wyrządzając sobie prawie żadnej szkody. Prawdopodobnie umknąłby skwapliwie przed policją, gdyby komórka nie była zamknięta na kłódkę. Skończyło się tylko na stłuczeniu kręgosłupa, oraz zadrapaniu twarzy i karku.

Akcja samolotów sanitarnych.

Pod Sobolewem zdarzyła się katastrofa kolejowa, w której 5 osób straciło życie, a 25 odniosło ciężkie obrażenia.

W strasznej tej katastrofie nie ocenione wprost usługi oddały wojskowe samoloty sanitarne.

Dwa z 1-go pułku lotniczego w Warszawie i trzeci z wyższej szkoły w Dęblinie przewiozły do szpitala okręgowego ogółem 9 rannych i dzięki temu tylko uda się utrzymać przy życiu rannych żołnierzy w katastrofie.

Akcja samolotów jest pierwszym tego rodzaju wypadkiem podczas katastrofy kolejowej.

Jak pies ratował swego pana.

Liczni przechodnie byli świadkami na rogu ul. Twardej i Pańskiej w Warszawie następującego wydarzenia. Idący z psem wilkiem na smyczy mężczyzna, dostał ataku epileptycznego i upadł na chodnik. Wierny pies nie mogąc uwolnić się ze smyczy, która zawinęła się pod chorym, przegryzł ją, a następnie odpiął zębami palto i marynarkę swego pana, poczem podciągnął za kołnierz pod ścianę. Zmyślny pies nie chciał nikogo dopuścić z przechodniów do chorego. Dopiero, po przybyciu 2-ch policjantów, którzy psa odciągnęli na bok, lekarz pogotowia udzielił pomocy, przewożąc go do domu. Jak się okazało chorym jest długoletni trener psów, zaś wiernym ratownikiem swego pana okazał się „Markiz".

Katastrofa na jeziorze.

Karbowy z folwarku Otwock-Wielki (w gm. Karczew), 54-letni Aleksander Zyl, udając się wraz z 22-ma robotnikami i robotnicami (kopaczami ziemniaków) na pole, znajdujące się za jeziorem szerokości 150 mtr., polecił przeprawić się wszystkiem łodzią na drugą stronę. Gdy łódź odjechała od brzegu zaledwie 8 — 10 metrów, wskutek znacznego obciążenia, zaczęła nabierać się woda. Wśród jadących powstała panika. W krótkim czasie, łódź wywróciła się i wszyscy jadący wpadli do wody, głębokiej w tem miejscu na 10 metr. Niektórzy, umiejący pływać, szczęśliwie dobili do brzegu, inni uchwycili się łodzi. Gdy nadbiegła pomoc, w głębi jeziora znajdowały się trzy osoby: wspomniany Aleksander Zyl, oraz 16-letnia Zofja Krakowiakówna i 17-letnia Barbara Cieślakówna. Po godzinnem przeszło poszukiwaniu, wszystkie wspomniane osoby wydobyto, lecz wszelki ratunek okazał się spóźniony. Pierwszej pomocy uratowanym ofiarom katastrofy udzielił lekarz miejscowy dr. Skórczyński. Zwłoki 3-ch ofiar zabezpieczono na miejscu.

Wypadek samochodowy.

W Poznaniu, dnia 19.9 b. r. o godz. 16-ej m. 50 wezwano Lekarskie Pogotowie Ratunkowe im. Marszałka Piłsudzkiego w Poznaniu na ulicę Dąbrowskiego do rowerzysty, który wskutek własnej nieuwagi wpadł pod auto ciężarowe. Pogotowie zajechało na miejsce wypadku w trzy minuty po wezwaniu. Lekarz dyżurny po zbadaniu chorego na miejscu wypadku nabrał przekonania, iż stan chorego nie jest groźny. Chory sam wstał i chciał wsiąść na rower i jechać dalej. Wobec bladego wyrazu twarzy lekarz dyżurny przywiózł chorego na stację Pogotowia celem dokładniejszego zbadania, które wykazało co następuje:

Bolesność pod prawym łukiem żebrowym. Ponad stłumieniem wątroby z przodu i z boku stłumienie o szerokości 2 — 3 cmtr., również poniżej prawego łuku żebrowego dźwięk wypukowy stłumiony na przestrzeni 4 cmtr. Obmacywanie wątroby bolesne. Tętno przyspieszone słabo napięte. Wyraz twarzy blady. Pacjent się niepokoi. Na czole zaczął występować perlisty pot.

Wobec powyższych objawów, przemawiających za uszkodzeniem miąższu wątrobowego, lekarz dyżurny odwiózł chorego do szpitala miejskiego, gdzie przystąpiono do zabiegu operacyjnego, który wykazał pęknięcie wątroby i prawej nerki. W trzy godziny po operacji pacjent zmarł.

Pokazy ratownictwa na P. W. K.

(SPROSTOWANIE).

W artykule pod tytułem „Pokazy ratownictwa na Powszechnej Wystawie Krajowej w Poznaniu“, umieszczonym w miesięczniku „Ratownictwo“ na m. październik r. b., zaszły pewne nieścisłości, które niniejszem prostujemy:

Lekarskie Pogotowie Ratunkowe jest Towarzystwem sądownie zapisanem i właściwa jego nazwa brzmi: Lekarskie Pogotowie Ratunkowe imienia Marszałka Piłsudskiego w Poznaniu.

Powołanie do życia Pogotowia zainicjowane zostało już w roku 1927 i to przez grono osób prywatnych. Inicjatywa ta doznała poparcia ze strony kół miejscowej inteligencji, władz państwowych oraz samorządów, co pozwoliło wprowadzić ją w czyn i uruchomić w Poznaniu I Stację ratunkową, otwarcia której dokonał w dniu 11.XI.28. p. Wojewoda Poznański.

Zarząd Pogotowia Ratunkowego stanowią: pp.: prezes-Wojewoda Poznański, wiceprezes Dr Kazimierz Węckowski, skarbnik Dr Piechocki, sekretarz Dr Zygmunt Słoniński i ławnik p. Dr. Stark.

P. Dr Słoniński jest zarazem naczelnym lekarzem Stacji, którą to funkcję sprawuje bezpłatnie—honorowo.

P. Dr Piestrzyński członkiem Zarządu Pogotowia nie był i nie jest.

Stacja Pogotowia posiada 2 samochody, jeden marki G. M. C., drugi zaś marki Ford (nowoczesny).

Zarząd Lekarskiego Pogotowia Ratunkowego
im. Marsz. Piłsudskiego w Poznaniu.

Organizacja Pogotowia Ratunkowego w Paryżu.

W Paryżu szybka pomoc w nieszczęśliwych wypadkach i nagłych zasłabnięciach, wymagających interwencji lekarzy oraz przewozy chorych do szpitali zorganizowane są w następujący sposób:

Zasadniczo cała akcja ratownicza spoczywa w rękach policji (Prefecture de Police). W nagłych wypadkach ludność Paryża zwraca się do najbliższego komisarjatu (Comissariat de Police), lub posterunku policji (Poste de Police), które stale są zaopatrzone w podręczne apteczki, niezbędne środki opatrunkowe i sprzęt sanitarny a także w nadzwyczajnych wypadkach mogą wysyłać lekarza policyjnego do chorego.

O ile zachodzi potrzeba przewiezienia chorego lub rannego do szpitala i stan jego nie pozwala na przewiezienie zwykłą wynajętą taksówką (taxi), w takich razach policja sprowadza samochód sanitarny Pogotowia Ratunkowego (ambulance municipale), który odwozi poszkodowanego do najbliższego szpitala. Tego rodzaju samochody sanitarne utrzymuje Magistrat Paryski. Na przewóz wyjeżdża jedna sanitarjuszka. Samochody sanitarne municypalne zaopatrzone są w godło Czerwonego Krzyża i używają specjalnego sygnału. W Paryżu niema stałych dyżurów lekarskich przy komisarjatach i posterunkach policyjnych.

Lekarze policyjni dyżurują przy Prefekturze i stąd są wzywani do nagłych wypadków w komisarjatach, na posterunkach i do prywatnych mieszkań.

W przypadkach nadzwyczajnych skupień ludności: obchody, święta, wyścigi, zawody sportowe, rewje i t. p. urządzają się posterunki sanitarne z lekarzami, sanitarjuszami, z karetką samochodową i z niezbędnym sprzętem sanitarnym.

Oprócz wymienionego, że tak powiemy „urzędowego" Pogotowia Ratunkowego w Paryżu funkcjonują jeszcze inne organizacje społeczne ratownicze, które tak samo urządzają czasowe posterunki ratownicze podczas większych skupień ludności, w razie katastrof i klęsk żywiołowych, a także utrzymują stałe posterunki ratownicze dla celów społecznych. Np. „Societé des Sauveteurs de France" utrzymuje posterunki ratownicze na brzegach wód celem ratowania tonących. Stowarzyszenie to posiada własne samochody sanitarne i inne środki przewozowe.

Poza tem w Paryżu funkcjonują prywatne Pogotowia Ratunkowe, przeważnie przy prywatnych lecznicach, które udzielają pomocy lekarskiej w nagłych zasłabnięciach i trudnią się przewozem chorych w luksusowych samochodach, specjalnie do tych celów przysposobionych.

Gdyby kto chciał gruntownie zaznajomić się z organizacją szybkiej pomocy w Paryżu, w tym celu należy zwrócić się w tej sprawie do Préfecture de Police, 2-e Direction, escalier C, II étage, bureau 32. Instytucja ta chętnie udziela osobom zainteresowanym wszelkich informacji w sprawach ratownictwa w Paryżu, może zaznajomić z technicznemi detalami organizacyj ratowniczych, wydaje zezwolenia na zwiedzanie posterunków ratowniczych i zaznajomienia się z ich urządzeniami. Poza tem zaznajamia z najnowszymi zdobyczami naukowemi, używanemi przez paryską policję, w przypadkach pozornej śmierci, więc w zatonięciach, zaczadzeniach, zaduszeniach, zatruciach i t. p.

F. B.

Pogotowie Ratunkowe m. Wilna.

W dniu 27 i 28 września r. b. zwiedzałem w Wilnie „Pogotowie Ratunkowe m. Wilna", które się mieści przy ul. Dominikańskiej 2 (telefon 6) w gmachu Straży ogniowej i w centrum miasta. Objaśnień łaskawie mi udzielał pan kierownik Stacji P. R. Dr med. Kazimierz Kodź. Na stacji Wileńskiego P. R. dyżuruje stale 4 lekarzy: Dr Kodź, Dr Daniel Jankowski, Dr Władysław Szemis i Dr Feliks Dzwil, którzy pracę swoją rozkładają w ten sposób, że w ciągu dnia każdy z lekarzy dyżuruje przez 3 godziny i oprócz tego co 4 noc, od godz. 20 do 8-ej. Za swoją pracę — 180 godzin w ciągu miesiąca otrzymują oni wynagrodzenie od 400 do 500 złotych zależnie od wysługi lat. W dobie obecnej Wileńskie P. R. jest instytucją magistracką, z przewidzianym budżetem na rok 1929/30 Zł. 72.900.

Stacja Wil. P. R. zajmuje obszerne pomieszczenie parterowe i składa się z dużego przedpokoju, z dużej poczekalni, z sali opatrunkowej, z pokoju dla sanitarjuszy, apteczki i pokoju dyżurnego dla lekarzy. Poza tem istnieje jeszcze pokój wypoczynkowy o 4 łóżkach, w którym przez pewien czas mogą przebywać chorzy celem wyświetlenia rozpoznania lub do czasu odzyskania przytomności. Dyżury lekarzy trwają przez całą dobę. Do wypadków na mieście jedzie lekarz z sanitarjuszem specjalną karetką samochodową. Stacja posiada jeden samochód sanitarny do wypadków i jedną karetkę konną (konie ze straży ogniowej) do przewozu chorych. Za przewozy pobiera się opłatę 8—12 złotych w obrębie miasta. Wyjazdy do wypadków i ambulatoryjna pomoc w nagłych wypadkach są bezpłatne. Samochód sanitarny marki Ford niewielkich rozmiarów, zgrabny, na jednego chorego, z ładowaniem noszy z tyłu, z ławką dla lekarza i sanitarjusza, z umywalką w prawym przednim rogu, obsługiwany przez dwóch szoferów, którzy pracują po 24 godziny co drugi dzień. Na stacji pracuje 6 sanitarjuszy. Cały personel sanitarny nosi czapki przepisowe, z niebieskiem denkiem i czarną obwódką. Lekarze mają na obwodzie srebrny galonik.

Wszystkie załatwiane wypadki są zapisywane do księgi wypadków podług rubryk, wzorowanych na księgach Warszawskiego P. R. Oddzielnych kartek-biuletynów nie prowadzi się.

Stacja Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej w Wilnie została otwarta i zaczęła być czynną 8 grudnia 1902 r., założycielem Towarzystwa był hr. Józef Tyszkiewicz.

W b. zaborze rosyjskim Wileńskie Pog. Rat. było drugą instytucją ratowniczą, ponieważ poprzednio było założone Pogotowie Ratunkowe tylko w Warszawie, to też jest rzeczą naturalną, że Tow. Wileńskie było kopją Warszawskiego, które nie tylko udzieliło wszelkich wskazówek, podjęło się zaznajomienia z czynnościami Pogotowia pierwszych dyżurnych lekarzy w Wilnie i przysłanie dwóch wyuczonych sanitarjuszów, ale nawet zajęło się kupieniem dla Wilna dwóch karetek w Wiedniu i według własnych modelów obstalowało w Warszawie i przesłało do Wilna kufry z lekarstwami, narzędziami chirurgicznemi i materjałami opatrunkowemi. W r. 1912 Wil. Tow. Dor. Pom. Lek. obchodziło dziesięciolecie swojej działalności—czasami bardzo trudnej, gdyż często bez poparcia władz zaborczych.

W r. 1916 objął Wileńskie P. R. magistrat Wilna, a w r. 1919 polskie Władze oddały Pogotowie Wileńskie magistratowi wileńskiemu, który do dnia dzisiejszego prowadzi z powodzeniem tę użyteczną instytucję. Chronologicznie czynność Wileńskiego Pogotowia Rat. przedstawia się w następujący sposób: Od r. 1902 do 1916 funkcjonowało: „Towarzystwo Doraźnej Pomocy Lekarskiej w Wilnie". Od r. 1916 do r. 1919 prowadzi tę instytucję magistrat Wileński, w roku zaś 1919 obejmuje zarząd Towarzystwa Polski magistrat Wilna.

Lekarz Naczelny Stacji robi co miesiąc sprawozdanie i statystykę z czynności Pogotowia, które przedkłada do wydziału służby zdrowia magistratu.

Dr Franciszek Białokur.

Sprawozdanie Wileńskiego Pogotowia Ratunkowego

za m. wrzesień 1929 r.

Wezwań	wyjazdowych	ambulatoryjnych	mężczyzn	kobiet	dzieci	odmówiono pomocy	odwieziono do szpitali	odwieziono do domu	bez odwiezienia	alarmy fałszywe	wypadków chirurgicznych	zasłabnięć	w tem otruć: benzyną	alkoholem	spirytusem metylowym	zaczadzeń	amoniakiem	formaliną	sublimatem	kwasem octowym	śmierci	przewozów chorych
525	273	252	232	212	48	20	128	22	330	7	291	201	1	6	2	2	1	1	1	3	12	68

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej w Warszawie

za m. wrzesień 1929 r.

	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Dzieci
Ogółem od założenia instytucji wezwań .	426.563			
I. Ilość wezwań	2.848			
II. Liczba osób, którym udzielono pomocy na stacji	2.055	1.065	597	393
III. Liczba osób, którym udzielono pomocy na mieście	533	308	201	24
A. Rodzaj zajęcia.				
Zajęcia wolne	285	203	82	—
Ucząca się młodzież	123	35	10	78
Wojskowi i policja.	20	20	—	—
Robotnicy i rzemieślnicy	1.369	1.009	321	39
Bez zajęcia	711	65	346	300
Niewiadomy	80	41	39	—
I. Choroby wewnętrzne	296	144	124	28
Zatrucie wyskokami	21+(108*)	17+(102)	4+(6)	—
„ lekarstwami i in. truciznami	30	6	12	12
Śmierć	17	10	5	2
Brak zmian chorobowych	25	8	12	5
II. Choroby chirurgiczne	2.170	1.190	591	389
Wstrząs	1	—	—	1
Wstrząśnienie mózgu	7	5	1	1
Obtarcia skóry	167	89	53	25
Stłuczenia	343	182	94	67
Zmiażdżenia	9	7	—	2
Rany cięte	345	202	79	64
„ kłute	80	41	22	17
„ postrzałowe	37	26	9	2
„ tłuczone	464	305	80	79
„ kąsane	25	12	11	2
„ szarpane	21	15	3	3
„ miażdżone	14	12	—	2
Nadwerężenia stawów	45	20	16	9
Zwichnięcia	22	11	7	4
Złamanie kości proste	87	42	29	16
„ „ powikłane	6	5	—	1
Krwotoki	20	7	11	2
Ciała obce	360	148	145	67
Oparzenia termiczne i chemiczne . .	64	30	17	17
Odmrożenia	—	—	—	—
Zatrzymanie moczu	2	2	—	—
Uwięźnięcie przepukliny	4	3	1	—
Inne choroby chirurgiczne	40	20	13	7
Śmierć	7	6	—	1

*) 108 pijanych z uszkodzeniami:

starć naskórka	7
stłuczeń	6
ran tłuczonych	38
„ ciętych	26
„ kłutych	9
„ szarpanych	1
„ kąsanych	2
„ postrzałowych	3
„ miażdżonych	1
złamań	6
zwichnięć	—
oparzeń	2
wstrząśnień mózgu	2
otruć esencją octową	2
„ ługiem	1
„ sublimatem	1
zmiażdżeń	1
krwotok	—
symulacji	—

	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Dzieci
III. Samobójstwa	77	[illegible]0	47	—
Otrucie kwasami	36	8	28	—
„ zasadami	4	1	3	—
„ sublimatem	5	3	2	—
„ jodyną	9	1	8	—
„ arszenikiem	—	—	—	—
„ alkaloidami	1	—	1	—
„ gazem świetlnym	—	—	—	—
„ karbolem	1	1	—	—
„ innemi truciznami	1	—	1	—
Postrzały	6	4	2	—
Rany cięte i kłute	5	5	—	—
Utopienie	—	—	—	—
Powieszenie i uduszenie się	3	3	—	—
Rzucenie się z wysokości	6	4	2	—
„ „ pod pociąg	—	—	—	—
Śmierć	8 *)	7	1	—
IV. Porody i poronienia	22	—	22	—
V. Obłąkanie	3	3	—	—
VI. Symulacją	20	6	14	—
Po udzieleniu pomocy na mieście:				
a) Zostawiono na miejscu	202	122	70	10
b) Przewieziono chorych	331	186	131	14
1) do domu	80	50	23	7
2) do szpitali i lecznic	223	126	90	7
3) do przytułków	—	—	—	—
4) na stację	7	—	7	—
5) do komisarjatów P. P.	21	10	11	—
Posterunki tymczasowe	25**)	—	—	—
Przeciętna ilość wezwań dziennie .	95	—	—	—
Katastrofy:				
A. Cyfra ogólna katastrof	5	—	—	—
B. Liczba ofiar	15	13	2	—
C. Liczba lekarzy, biorących udział w ratunku	1	—	—	—

Rozpraw nożowych: 25

Bójek: 388

Przejechań: 171

a) przez wozy i dorożki 30
b) koleje 14
c) tramwaje 8
d) samochody 98
e) rowery 18
f) motocyklu 3

Upadnięć z wysokości 90

a) z rusztowania 13
b) „ tramwaju 11
c) „ konia 2
d) „ wozu 11
e) „ wagonu 2
f) „ dachu 1
g) „ roweru 11
h) „ schodów 6
i) „ okna 11
j) „ kołyski 1
k) z drabiny 18
l) „ krzesła 1
ł) „ mostu 1
m) „ drzewa 1

Postrzały jako napad: 11

Uszkodzenia:

a) przedmiotami spadłemi z rusztowania 6
b) z okien i balkonu 3

*) śmierci 8:

rzuceń się z wysokości 3
powieszeń 3
postrzały 2

**) Posterunki tymczasowe:

Dn. 1, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 22, 24, 25, 26, 28 i 29 września na wyścigach konnych; dn. 8, 18, 22 i 24 września na wyścigach kolarskich na Dynasach.

KRONIKA RATOWNICZA

Z Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego.

Dnia 11-go października r. b. odbyło się miesięczne posiedzenie Zarządu, na którem załatwiono bieżące sprawy T-stwa.

Dnia 17-go października odwiedzili Pogotowie pp. Józef Polejewski, prezydent miasta Wilna i Witold Czyż, wice-prezydent, celem zasięgnięcia opinji w sprawie nabycia samochodu sanitarnego dla Wileńskiego Pogotowia Ratunkowego.

Dnia 20-go października na terenie filji Pogotowia przy ul. Hożej 56 odbyło się poświęcenie dwóch nowych samochodów sanitarnych na podwoziach firmy Austro-Daimler. Samochody otrzymały nazwy: „Pomoc“ i „Ratunek“.

Samochody nabyto kosztem 36 tysięcy złotych, przyczem większa część tej sumy została pokryta z opłat zbieranych przez wydział drogowy Komisarjatu rządu m. st. Warszawy. Poświęcenia dokonał wice-proboszcz parafji św. Piotra i Pawła ks. Antoni Piórkowski w obecności członków Zarządu Pogotowia, przedstawicieli świata lekarskiego, Komisarjatu rządu, magistratu, prasy i licznie przybyłej publiczności.

Następnie poświęcono tablicę pamiątkową, wmurowaną w ścianę frontową domu przy ul. Hożej 56, na której wyryty jest następujący napis: „Ś. p. Klotylda Helbingowa ofiarowała dom ten w roku 1918 Pogotowiu Ratunkowemu“.

Po poświęceniu przemówił do zebranych prezes Pogotowia, dr. Józef Zawadzki, który zaznaczył, iż Pogotowie w znacznej mierze utrzymuje się z ofiarności publicznej i że dotychczas ta ofiarność nigdy instytucji nie zawiodła, a następnie w serdecznych słowach podziękował naczelnikowi wydziału drogowego Komisarjatu rządu p. Olechnowiczowi za tak skuteczne przyczynienie się do ufundowania dwóch naszych samochodów.

Dnia 21-go października odbyło się posiedzenie naukowe lekarzy Pogotowia z następującym porządkiem dziennym: 1) Ref. „Otrucie tlenkiem węgla (gazem świetlnym) i udzielenie pierwszej pomocy“ wygłosił dr. Fr. Obarski, 2) Sprawozdanie z dalszych losów chorych, przywiezionych do szpitali przez lekarzy Pogotowia

Z Polskiego Czerwonego Krzyża.

W dniu 10-ym listopada r. b. polski Czerwony Krzyż obchodzić będzie dziesiątą rocznicę istnienia w niepodległej Polsce.

Tajemnicza epidemja

W Sydenham, przedmieściu Londynu, wybuchła tajemnicza epidemja gorączki tyfoidalnej; dotychczas zanotowano 50 wypadków, z których jeden był śmiertelny. Większość wypadków ma przebieg łagodny. Dotychczas nie udało się wykryć źródła epidemji.

Dom zdrowia zboru ewangelicko-augsburskiego w Skolimowie.

Pragnąc uczcić 10-lecie niepodległości Polski, zbór ewangelicko-augsburski w Warszawie uchwalił wybudować Dom zdrowia w Skolimowie. Myśl ta powstała w związku ze stałem przepełnieniem szpitala Ewangelickiego w Warszawie oraz warszaw-

skich szpitali miejskich, do czego przyczynia się, między innemi, zbyt długie przebywanie w szpitalach rekonwalescentów, którym warunki mieszkaniowe nie pozwalają na powrót do domu przed zupełnem odzyskaniem sił. Zbór zakupił w Skolimowie 10-morgowy park i wybudował piętrowy nowoczesny budynek na 40 łóżek o pokojach jedno i dwuosobowych. Do Domu zdrowia przyjmowani są przedewszystkiem rekonwalescenci warsz. szpitala Ewangelickiego i warsz. szpitali miejskich. Chorych zakaźnych, z otwartą gruźlicą, ani też leżących Dom zdrowia nie przyjmuje.

Leczenie ubogich.

W sprawie pokrywania kosztów leczenia ubogich chorych w szpitalach publicznych podjęto prace przygotowawcze do projektu nowej ustawy. Ustawa ta ma jednolicie uregulować kwestję pokrywania kosztów leczenia ubogich chorych i zakładowej opieki społecznej na obszarze całego państwa. Obecnie obowiązuje w tym przedmiocie ustawodawstwo zaborcze, tylko na obszarze b. zaboru rosyjskiego nowe ustawodawstwo polskie. Obecna sytuacja jest o tyle anormalna, że uniemożliwia planową gospodarkę. Wykonanie budżetu gminy bywa zachwiane przez taki wypadek, jak konieczność umieszczenia jednego czy dwuch chorych w zakładzie dla obłąkanych. Opłacanie kosztów leczenia ubogich chorych psychicznie, lub na inne choroby przewlekłe, przerasta możliwości finansowe niektórych gmin.

Projektowana ustawa, wzorując się częściowo na ustawodawstwie niemieckiem, ma na celu rozłożenie ciężarów, płynących z pokrywania kosztów leczenia ubogich chorych w taki sposób, ażeby koszty te nie obciążały wyłącznie gminy. Projektuje się, ażeby koszta leczenia chorych na choroby psychiczne, weneryczne i gruźlicę częściowo, lub całkowicie obciążały wojewódzki Związek komunalny.

Higjena publiczna.

Komisarjat rządu przypomniał starostwom grodzkim w Warszawie, że przy sprzedaży artykułów żywności należy przestrzegać następujących wymagań sanitarnych: Sklepy spożywcze winny zajmować pomieszczenia o odpowiedniej przestrzeni, suche, przewiewne, korzystające ze światła dziennego i czysto utrzymane. Ściany muszą być pomalowane jasną farbą olejną, lub bielone i pokryte do wysokości, na jakiej mają być układane produkty spożywcze, lamperją olejną, tafelkami, lub innym, łatwo dającym się myć materjałem. Podłoga powinna być szczelna, z materjału nieprzepuszczalnego lub tafelkowego. Powierzchnie stołów jednolicie marmurowe, szklane lub z drzewa niesmolistego, bez szczelin i szpar, stale utrzymywane w czystości; w sklepach z nabiałem produkty spożywcze winny być odgrodzone od publiczności.

Sklepy spożywcze nie mogą się łączyć bezpośrednio z mieszkaniem i nie mogą służyć ani za miejsce mieszkania, ani noclegu. We wszystkich sklepach spożywczych winny być spluwaczki, oczyszczane codziennie oraz umywalnie z wodą bieżącą, mydło i ręcznik.

Produkty spożywcze, przeznaczone do bezpośredniego spożycia, t. j. bez uprzedniego mycia, lub gotowania, (masło, ser, wędliny napoczęte, wyroby cukiernicze bez opakowania), należy umieszczać pod szkłem (szafki, gablotki, klosze) dla zabezpieczenia przed zanieczyszczeniem (pył, kurz, osady) oraz przed dotykaniem rękami kupujących.

Umieszczanie produktów spożyw. w oknach wystawowych dopuszczalne

jest tylko w specjalnem opakowaniu, lub pod warunkiem zabezpieczenia ich od wszelkich zanieczyszczeń.

W sklepach spożywczych nie wolno przechowywać i sprzedawać artykułów, wydzielających woń specyficzną, jak nafta, mydło, skóry. Jedynie na krańcach miasta, w dzielnicach o niewielkiej liczbie sklepów, może być dopuszczona sprzedaż tych artykułów pod warunkiem całkowitego oddzielenia ich od artykułów żywności. Sprzedaż wyrobów tytoniowych w sklepach spożywczych dopuszczona być może o tyle, o ile są one w opakowaniu i umieszczone w oddzielnych oszklonych szafkach.

Produkty spożywcze mogą być zawijane tylko w czysty, niezadrukowany papier, najlepiej woskowany.

Zatrudnieni przy sprzedaży produktów spożywczych, winni być zdrowi, nosić przy pracy białe fartuchy z długiemi rękawami, mieć zawsze czyste ręce i przestrzegać przy sprzedaży bezwzględnej czystości.

Kasy chorych a szpitale.

Na mocy ustawy o kasach chorych, instytucje te płacą za kurację, przesyłanych do samorządowych szpitali ubezpieczonych, połowę faktycznych kosztów, ponoszonych przez szpitale.

Wobec tego, że kasy przeważnie nie otwierają własnych szpitali, sejmiki powiatowe, bojąc się znacznych deficytów, również nie budują szpitali, wychodząc z założenia, że ponieważ większość mieszkańców miejskich jest ubezpieczona w kasie chorych, do każdego chorego trzeba będzie dokładać. Budżety samorządów nie mogą takiego obciążenia wytrzymać.

Poprzednie kierownictwo minist. pracy i opieki społ. projektowało zmianę przepisów, aby odciążyć samorządy i zainteresować kasy chorych budową własnych szpitali. Należy się spodziewać wznowienia tej sprawy w czasie najbliższym.

Przychodnie lekarskie.

Administracyjne władze sanitarne przeprowadzają lustrację wszystkich przychodni lekarskich czynnych m. st. Warszawy. Sprawdzają, czy personel przychodni jest zarejestrowany w wydziale zdrowia kom. rządu i czy niema uchybień pod względem sanitarnym.

Jednoroczna praktyka szpitalna.

Ogłoszono rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych o obowiązku odbywania jednorocznej praktyki szpitalnej przez lekarzy.

Na mocy tego rozporządzenia dla uzyskania prawa wykonywania praktyki lekarskiej w państwie polskiem wprowadza się obowiązek odbycia jednorocznej praktyki szpitalnej. Przez praktykę szpitalną rozumie się systematyczną pracę lekarską przy chorych na wszystkich oddziałach szpitalnych pod kierunkiem właściwych ordynatorów. Praktyka szpitalna winna trwać 12 miesięcy i może być wykonywana na wszystkich oddziałach szpitalnych jednocześnie. W razie odbywania praktyki na specjalnych oddziałach szpitalnych i na klinikach uniwersyteckich, czas praktyki na oddziałach wewnętrznych, chirurgicznych i położniczych nie może trwać krócej, niż po trzy miesiące na każdym z tych trzech oddziałów. Praktykę szpitalną odbywać można po ukończeniu uniwersyteckich studjów lekarskich oraz podczas tychże studjów, jednakże nie wcześniej niż po 14 trymestrach.

Praktykę szpitalną odbywać można we wszystkich s[illegible]alach publicznych, liczących [illegible]mniej 200 łóżek i posiadających przynajmniej trzy oddziały: wewnętrzny, chirurgiczny i położniczy, oraz na klinikach uniwersyteckich.

Zaświadczenia o odbyciu praktyki szpitalnej wydają dyrektorowie szpitali publicznych, lub dyrektorowie klinik uniwersyteckich. Zaświadczenia te służą do przedstawienia władzom administracji ogólnej przy rejestracji uprawnień lekarskich. Wojewódzka władza administracji ogólnej władna jest w poszczególnym przypadku uznać praktykę szpitalną, odbytą za granicą lub w wojsku, za równorzędną z praktyką szpitalną w rozumieniu niniejszego rozporządzenia.

Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie po upływie sześciu miesięcy po dniu jego ogłoszenia.

Zakłady opiekuńcze.

W niektórych miejskich zakładach opiekuńczych w Warszawie przebywają wychowankowie powyżej lat 18, t. j. w wieku, w którym winni zacząć zarobkować na siebie.

W związku z tem, wszystkim interesowanym będzie zalecone wyszukanie sobie zawodowego zajęcia na podstawie uzyskanego wykształcenia w zakładach. Opróżnione w ten sposób miejsca zajęte będą przez nieletnich, mających prawo do opieki społecznej.

Źródła zarazy przy ośrodku zdrowia.

Szpital dla dzieci im. Karola i Marji w m. st. Warszawie mieści się dotychczas w dzielnicy nieskanalizowanej.

Otwarte ścieki okolicznych posesyj zatruwają powietrze i paraliżują zabiegi lekarzy we wzorowo urządzonym szpitaliku.

Dyrekcja wodociągów i kanalizacji opracowała wreszcie plan skanalizowania tej dzielnicy. Roboty mają być ukończone w ciągu dwu lat i koszt ich ma wynieść 180 tys. zł., o ile oczywiście, magistrat wniosek dyrekcji wodociągów i kanalizacji poprze, a Rada miejska udzieli odpowiednich kredytów na ten cel.

Choroba Heide-Medina.

Wobec ujawnienia poszczególnych przypadków choroby Heide-Medina na terenie woj. łódzkiego, ministerjum spraw wewnętrznych upoważniło wojewodę łódzkiego do wydania zarządzenia o obowiązkowem zgłaszaniu przypadków tej choroby do władz na okres jednego miesiąca, stosownie do art. 4 ustawy z dnia 25 lipca 1919 r. w sprawie zwalczania chorób zakaźnych.

Zapobieganie pożarom.

Ze względu na powtarzające się co roku klęski pożarów po wsiach, przystąpiło ministerjum spraw wewnętrznych do zorganizowania racjonalnej walki z tą klęską. Wystosowało to ministerjum okólnik do wszystkich wojewodów wraz z wzorem rozporządzenia porządkowego o zapobieganiu pożarom. Rozporządzenie to ma być wydane przez wojewodów w razie uznania potrzeby. Wzór tego rozporządzenia został opracowany w porozumieniu z ministerjum robót publicznych i odpowiada stosunkom prawnym województw centralnych i wschodnich. Natomiast o ile chodzi o województwa południowe i zachodnie, należy uwzględniać obowiązujące tam normy prawne.

Okólnik zaleca, aby wojewodowie niezależnie od wydania rozporządzenia porządkowego o zapobieganiu pożarom, wezwali właściwe organa do uchwalenia w wyznaczonym terminie przepisów co do należytego utrzymywania budynków ze względu na bezpieczeństwo od ognia, Rozporządzenie porządkowe o zapobieganiu pożarom zabrania: przenoszenia ognia odkrytego w obrębie budynków mieszkalnych i gospodarskich oraz wyrzucania gorącego popiołu na miejsca otwarte, palenia tytoniu w stodołach, gumnach, stajniach, oborach, chlewach, na strychach i poddaszach

oraz warsztatach obrabiających drzewo, składach materjałów łatwopalnych, garażach, młócenia lokomową parową, niezaopatrzoną w iskrochron lub odpowiedni ochraniacz w obrębie budynków krytych materjałami łatwopalnemi.

Dalej rozporządzenie zabrania pozostawiania dzieci w budynkach przy rozpalonych ogniskach bez dozoru, używania nafty, benzyny i łatwopalnych płynów do rozpalania ognia, palenia ognisk, spalania śmieci w obrębie zabudowań lub w sąsiedztwie stogów i stert. Palenie ognisk w lasach, w odległości 100 m. od lasów w czasie od 1 kwietnia od 1 listopada jest wzbronione.

Rozporządzenie ustala dalej w sposób szczegółowszy obowiązki ludności ze względu na niebezpieczeństwo pożaru i między innemi nakłada na wszystkich mieszkańców, a w pierwszej linji bezpośrednich sąsiadów, objętej pożarem nieruchomości wiejskiej, obowiązek wzięcia udziału osobiście na wezwanie właściwych władz w gaszeniu pożaru i okazywaniu wszelkiej pomocy w akcji przeciwpożarowej. W wypadku pożaru lasu wszyscy okoliczni mieszkańcy wolni od pracy mają stawić się na wezwanie właściwych władz na miejsce pożaru. Przepisy o organizacji akcji ratowniczej ustalają między innemi, że władze gminne dokonywać winny przynajmniej raz na rok przeglądu wszystkich narzędzi i urządzeń i sprawdzać jak najczęściej, czy ludność przestrzega przepisów przeciwpożarowych.

Badania psychotechniczne w kolejnictwie.

Minist. Komunikacji przystąpiło do ozszerzenia badań psychotechnicznych w kolejnictwie. Mając na uwadze znaczenie tych badań w pracy, Ministerstwo zaprosiło do Polski profesora Sorbony Lahe, który, jako wybitny znawca psychotechniki, udzielić ma szeregu wskazówek. Prof. Lahe przybędzie do Warszawy wkrótce. Zamierzone jest rozszerzenie badań psychotechnicznych na zwrotniczych kolejowych. Biura psychotechniczne dla badań pracowników P. K. P. powstaną w Poznaniu i we Lwowie.

Oczyszczanie ścieków.

Dyrekcja wodociągów i kanalizacji m. st. Warszawy przystępuje do opracowania wielkiego projektu budowy zakładu oczyszczania ścieków warszawskich. Zakład ten stanie w przyszłości na Bielanach przy ujściu głównego kolektora do Wisły. Cel takiego zakładu polega na filtrowaniu ścieków w ten sposób, by stałe części nieczystości zatrzymać i następnie w specjalnych aparatach, dołach fermentacyjnych i skomplikowanych machinach przerabiać na nawóz sztuczny. W ten sposób do rzeki ściekałyby tylko płynne części, co w poważnym stopniu uratowałoby rzekę przed zanieczyszczeniem, niekiedy przykrem i nawet niebezpiecznem dla miejscowości, czerpiących wodę z Wisły poniżej Warszawy. Koszt budowy takiego zakładu ma wynieść 40 mil. złotych. Takie zakłady istnieją za granicą.

Przechowywanie taśm filmowych.

Wydział przemysłowy magistratu m. st. Warszawy przystąpił do likwidowania składów taśmy filmowej, nie odpowiadających przepisom ustawy o przechowywaniu takich taśm. Istnieje ograniczona w metrach miara taśm, jaką składnik filmów może przechowywać w izolowanych i zabezpieczonych lokalach. Większe ilości filmów mogą być przechowywane w specjalnych składach, w oddaleniu od domów mieszkalnych.

Wydział polecił składnikom filmów przygotowywać plany składów filmowych w celu zatwierdzenia.

Za granicą składy filmów urządzane są na domach, aby wiatr jaknajszybciej rozwiewał unoszący się dym ze spalonego celuloidu.

Z Zakopiańskiej straży ogniowej.

Zakopiańska straż ogniowa, zaopatrzona dotychczas w bardzo prymitywne urządzenia, otrzymała niedawno dwa nowe samochodowe beczkowozy, które mogą służyć zarówno do skrapiania ulic, jak do gaszenia ognia, a również motorowy wóz rekwizytorski i motopompę. Wszystkie te wozy zakupiła gmina, jednak przy pewnej pomocy polskiej dyrekcji ubezpieczeń wzajemnych, która udzieliła gminie na ten cel pożyczki w kwocie 50.000 zł. Z tą zdobyczą straży ogniowej łączy się zapewnienie poprawy nietylko bezpieczeństwa ogniowego, ale także stanu sanitarnego całego uzdrowiska, gdyż świeżo sprowadzone beczkowozy - skrapiarki pozwolą miejskiemu zakładowi czyszczenia miasta na znacznie intensywniejsze skrapianie ulic w ciągu lata.

Ochrona murarzy.

Z nastaniem pory budowy i remontu domów zdarzają się często upadki z rusztowań i drabin, które b. często kończą się śmiercią lub kalectwem ofiar.

Wypadki te nasunęły siłą rzeczy myśl o zapobieżeniu im. I oto w tych dniach w Minist. przemysłu i handlu został opatentowany wynalazek pod nazwą: „zabezpieczenie rusztowań" (wiedeńskich). Wynalazek ten zabezpiecza pracujących od wypadków, ułatwia i przyśpiesza wznoszenie i zdejmowanie drabin, poszerza rusztowawia o taką przestrzeń, jaka dotychczas pomiędzy drabiną i ścianą była wolna, przez co i z tej strony zabezpiecza pracujących na rusztowaniu przed upadkiem, jak również i przed spadaniem materjałów. Usuwa klangi i haki i nie pozostawia łat i plam na murze, jakie dotychczas widnieją po zdjęciu drabin.

Wynalazek składa się z 4 części tuleja metalowa długości 15 cm. z nagwintowaną dziurą, do stałego wmurowania: przykrywka metalowa do zakrycia otworu tulei; śruba dwuramienna długości wymagającej (od 35 cm.) z gwintem długości od 20 cm. wkręcana do tulei podczas potrzeby stawiania rusztowań. Do ramion jej przywiązuje się drabina. Wspomniana śruba zastępuje hak i klangę, albowiem ma znaczenie przyciągające i odpychające; kontr-zakrętka dla zabezpieczenia sztywności ramiennej śruby.

Redaktor działu lekarskiego: **Dr. Józef Zawadzki.**
Redaktor odpowiedzialny: **Mieczysław Swoboda-Trzebiński.**

Redakcja czynna codziennie prócz sobót i dni świątecznych od godz. 11 do 13 przy ul. Kopernika 37 w Warszawie.

Rękopisów niezamówionych Redakcja nie zwraca.

PRENUMERATA wraz z przesyłką pocztową Zł. 18 rocznie.
Pojedyńczy egzemplarz 1 zł. 50 gr.

CENY INSERATÓW: cała kolumna za tekstem Zł. 300, w tekście Zł. 400, wklejka kolorowa Zł. 500. Okładka: 2-a i 4-a po Zł. 400, 3-a Zł. 300.

Adres Redakcji i Administracji: Warszawa, Kopernika 37, tel. 33-63.
Konto czekowe w P. K. O. Nr. 14.661.

Druk A. Białobrzeskiego, Warszawa, Żórawia 7, tel. 245-83.

31